

Buenos Aires, 14 de marzo de 2005

Estimado Dr. O'Donnell:

Por la me presente me dirijo a Ud. para comunicarle que el trabajo de investigación **"Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos clínicos, generalistas y de familia que realizan asistencia clínica de pacientes adultos"** que recibiera el apoyo de la Beca Carrillo-Oñativia 2003-2004, fue presentado en el transcurso del período 2004 - 2005 en tres reuniones científicas y se encuentra en revisión para su publicación. Detallo a continuación dichas reuniones:

Presentaciones:

- 28TH Annual Meeting, Society of General Internal Medicine. New Orleans. EEUU. "Prevalence of burnout syndrome in ambulatory care providers" Mejia RM, Aleman M Aznar M Majdalani MP, Fayanás R Perez Stable E (Póster) Mayo 2005
- XIV Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General. "Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos clínicos, generalistas y de familia que realizan asistencia clínica de pacientes adultos" Aleman M Aznar M Majdalani MP Mejia RM (Presentación oral) Septiembre 2004
- 10° Congreso Internacional de Medicina Interna de Hospital de Clínicas. "Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos clínicos, generalistas y de familia que realizan asistencia clínica de pacientes adultos" Aleman M Aznar M Majdalani MP Mejia RM (Póster) Agosto de 2004.


En esta oportunidad agradecemos nuevamente el reconocimiento y el apoyo que la CONAPRIS brinda a la investigación.

Saludan a Ud. atentamente


María Alemán


Raúl M. Mejía

V6
Poner en el informe final
7 de marzo



3/4.

BECAS DE INVESTIGACIÓN

"Ramón Carrillo- Arturo Oñativia"

Nivel hospitalario

INFORME FINAL

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS CLÍNICOS, GENERALISTAS Y DE FAMILIA QUE REALIZAN ASISTENCIA CLÍNICA DE PACIENTES ADULTOS

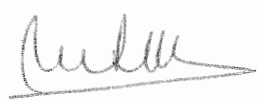
Área temática: Los ciudadanos y el derecho a la salud: Satisfacción de los usuarios y profesionales del sistema de salud.

Palabras clave: Burnout, médicos, atención ambulatoria

Director del proyecto: Dr. Raúl M. Mejía.

Investigadora principal: Lic. María Alemán.

Lugar: Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA. Área Metropolitana



María Alemán

-2003-



Raúl Mejía

INFORME FINAL
20/12/04

INDICE

1- INTRODUCCION

- 1.1- Definición
- 1.2- Antecedentes
- 1.3- Características
- 1.4- Prevalencia
- 1.5- Causas y efectos sobre la salud
- 1.6- Aspectos epidemiológicos
- 1.7- Contexto situacional
- 1.8- Prevención

2. OBJETIVO

3. POBLACION.

- 3.1 Elaboración del marco muestral
- 3.2 Criterios de inclusión
- 3.3 Criterios de exclusión
- 3.4 Criterios de eliminación
- 3.5 Cálculo de tamaño muestral
- 3.6 Coordenadas temporo -espaciales

4. INSTRUMENTO

- 4.1 Instrumento Original
- 4.2 versión en español
- 4.3 adaptación lingüístico - cultural

5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

- 5.1 Cuestionarios por Internet

6. RESULTADOS

- 6.1 Validación

7. DISCUSION

8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

1.1 DEFINICION

El Síndrome de Burnout consiste en un trastorno adaptativo crónico, asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial. El término es sinónimo de "desgaste profesional" y su traducción literal al castellano es "estar quemado"¹.

Herbert Freunderberger, psiquiatra de una clínica para toxicómanos en Nueva York, fue el primero en describir el Síndrome de Burnout, en el año 1974, a raíz de observaciones que mostraban que, mediando el año de trabajo, la mayoría de los trabajadores sufría una pérdida de energía que terminaba en un proceso de desensibilización y de agresividad hacia los pacientes. Utilizó para describir este fenómeno la palabra "Burnout", que hasta ese momento era utilizada para referirse al efecto del consumo crónico de sustancias tóxicas²⁻³. Lo definió como "*un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo*"³. Sin embargo, la definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986: "*Es un síndrome tridimensional de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan en contacto con personas*"⁴. En 1988, Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales del área de la salud: "*Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*"⁵. En 1984, Brill propuso una definición más precisa pero que ha resultado menos conocida: "*Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas*"⁶.

Este cuadro es particularmente frecuente en aquellas profesiones que implican mantener un contacto directo con la gente, como los trabajadores de la salud, de la educación o del ámbito social. En el caso de los médicos clínicos que realizan atención ambulatoria, ciertas peculiaridades los hacen más susceptibles a sufrir este síndrome, como la sobrecarga de trabajo, una práctica profesional predominantemente solitaria, la competitividad y la necesidad de estar al día, el escaso reconocimiento económico y académico por parte de las instituciones de salud, la burocracia, y, sobre todo, el trato diario con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales recaen directamente sobre el médico⁷. Por otra parte, los médicos suelen iniciarse en la práctica de su profesión con un alto grado de idealismo que con el tiempo entra en contradicción con el estrés de la realidad del sistema sanitario⁸. El Síndrome de Burnout resulta de la discrepancia entre las expectativas e ideales por un lado y la dura realidad de lo cotidiano por el otro.

1.2 ANTECEDENTES

Antes de la aparición del término Burnout, en Estados Unidos se usaba el término "Flame out", para hacer referencia a diversas alteraciones que sufrían los trabajadores en sus trabajos. El primero en usar el término fue Graham Greene en una publicación de 1961, "A Burnout case". Retrocediendo aún más en el tiempo, en 1901 Thomas Mann, en su novela "The Buddenbrooks", se refiere ya a este término o concepto, en esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre la obra.

El término Burnout o agotamiento profesional, ha pasado por una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach desde 1976⁴, quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el marco del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicología, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban "quemándose".

Se considera a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual se ven afectadas tres grandes dimensiones: **el cansancio emocional**, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; **la despersonalización**, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas (llegando incluso a culpar a los propios pacientes de los problemas que acontecen al profesional y considerando a estas personas como verdaderos objetos) una actividad negativa hacia sí mismos y una moral baja hacia los propios logros y la falta de **realización profesional**, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencia a la huida, agotamiento físico y psíquico y un descenso de la productividad en el trabajo

Este término fue recibiendo aportes de otros investigadores, hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre Burnout, que sirvió para aunar los criterios⁹.

En sus primeros trabajos Maslach y Jackson refieren una evolución del síndrome secuencial, por lo que se pasaría del cansancio emocional a la despersonalización y posteriormente a la falta de realización personal. Sin embargo, Golembiewski¹⁰ en 1986 y Leiter¹¹ en 1989 plantean que no es necesario que esta secuencia tenga que producirse de una forma ordenada y opinan que el síndrome se puede presentar de forma aguda y crónica. En 1980 Cherniss¹² comenta que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación de ineficacia. Edelwich¹³ en el mismo año se refiere a él como una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del propósito de los trabajadores de ayuda, como resultado de las condiciones de su trabajo frente a las demandas excesivas de los usuarios.

Perlman y Hartman en 1982¹⁴ aumentaron el interés por este campo debido a tres factores que señalan como fundamentales:

- El aumento de la importancia de los servicios humanos, individuales y colectivos.
- El incremento de la valoración y exigencia de los usuarios.
- El mayor interés por el estudio sobre el estrés y ambiente.

También Pine, Aronson y Kaffry¹⁵ se refieren al síndrome de Burnout como el resultado de continuas y repetidas presiones emocionales asociadas con un compromiso intenso hacia los demás, durante un periodo de tiempo prolongado.

Durante la década pasada se realizaron numerosos estudios sobre el Burnout en diferentes áreas de la salud en España, diferenciando según provincias y según profesiones dedicadas a temas de salud (médicos, enfermeras, odontólogos, etc) También se ha trabajado la problemática en países latinoamericanos, como Colombia, Chile y Cuba, obteniendo resultados similares¹⁶⁻¹⁷.

En nuestro país el término Burnout empezó a circular entre los profesionales que atendían pacientes con SIDA y en las salas de terapia intensiva. Poco a poco se fue extendiendo el interés en este tema y en estos momentos se están realizando diferentes trabajos de investigación para determinar su incidencia en distintos ámbitos como el de la medicina, la enfermería, la psiquiatría, la justicia y en profesionales especializados en violencia doméstica y abuso sexual¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹

1.3 CARACTERÍSTICAS.

La característica principal de este síndrome es un sentimiento abrumador de estar exhausto, unido a sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de fracaso laboral, que afecta tanto a nivel personal como social²². Su aparición es paulatina, pasando por tres estadios: inicialmente el individuo experimenta un estrés debido a que las demandas del trabajo exceden sus recursos físicos o emocionales; más tarde se manifiesta el nerviosismo con síntomas de tensión, fatiga e irritabilidad y, finalmente, aparece el aislamiento emocional y social, el cinismo y la rigidez en el trato con los pacientes y compañeros de trabajo, etapa en la que ya es clara la expresión del Burnout.²³

Dentro del síndrome de Burnout se caracterizan **tres dimensiones**:

X

- **Agotamiento emocional:** Se refiere a la disminución o pérdida de energía y recursos emocionales. Constituye el elemento central del síndrome y se caracteriza por una sensación creciente de agotamiento en el trabajo, “de no poder dar más de sí” desde el punto de vista profesional. Para protegerse de este sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando así

una actitud impersonal, deshumanización de las relaciones con las personas y miembros del equipo, mostrándose distanciado, a veces cínico y usando etiquetas despectivas o bien en ocasiones tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones y disminuyendo su compromiso laboral. De esta forma intenta aliviar sus tensiones y trata de adaptarse a la situación aunque sea por medio de mecanismos neuróticos.

• **Despersonalización:** Se caracteriza por la presencia de actitudes negativas, cinismo e irritabilidad hacia los demás (que son los receptores del servicio prestado) aumenta la distancia con el paciente, disminuye la disponibilidad para la escucha. Pueden aparecer incluso situaciones de verdadera hostilidad. En general se encuentra en los estadios más graves del síndrome y produce importantes daños en la salud tanto del profesional como de sus pacientes.

• **Falta de realización personal:** Se observa una tendencia a evaluar el propio desempeño en forma negativa: Baja autoestima profesional. El sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad y se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional). Por el contrario, una sensación paradójica de impotencia que le hacen redoblar sus esfuerzos, capacidades, intereses, aumentando su dedicación al trabajo y a los demás de forma inagotable. Es un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le requieren exceden de su capacidad para atenderlas debidamente.

El síndrome de Burnout o de agotamiento profesional se considera un proceso continuo y los aspectos indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado, siendo su aparición no de forma súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad. Es difícil prever cuándo se va a producir.

Podemos estratificar el síndrome de Burnout en tres estadios que se corresponden con los tres componentes esenciales:

A) **Primer estadio:** En el cual las demandas laborales exceden los recursos disponibles y cada persona presenta sus propios mecanismos para enfrentarse a él.

B) **Segundo estadio**: en el cual se producen una serie de excesos o sobre esfuerzos en los que el sujeto daría una respuesta emocional a ese desajuste, aparecen signos de ansiedad recursos materiales y humanos, dándose una situación de estrés. El estrés es un fenómeno clave y fundamental y fatiga. Esta situación exige al sujeto una adaptación psicológica.

C) **Tercer estadio**: en el cual el enfrentamiento defensivo le conduce a un cambio de actitudes frente a lo que le supone una situación laboral intolerable. Esta fase requiere tratamiento adecuado del sujeto en todos sus componentes físicos y psíquicos.

Podemos describir una serie de factores o situaciones que nos conducen al estrés como el desencanto en el trabajo, exceso de compromiso, responsabilidad y enfrentamiento a situaciones difíciles y un excesivo contacto directo con otros seres humanos. La sintomatología pasa por varias etapas:

- Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.

- Se disminuye el nivel de compromiso, comienza a deshumanizarse la tarea, se altera la atención, se tienen aspiraciones excesivas, comienza la pérdida de ilusión, aparecen celos y problemas con el equipo de trabajo.

- Comienzan las reacciones emocionales, sentimientos de culpa, depresión, agresividad.

- Se inicia una desorganización progresiva, disminuye la capacidad cognitiva, la creatividad, la motivación y disminuye la diferenciación.

- Se instaura la indiferencia en la vida emocional, social y espiritual.

- Se comienzan a desarrollar síntomas psicósomáticos.

- Hace aparición la desesperación, inclinaciones que pueden conducir al suicidio en situaciones de extrema gravedad.

Se observa en las personas afectadas del síndrome una falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés por los pacientes, se percibe la frustración, la desmotivación, aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra cosa y sobre todo una gran desmoralización. Se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales y no les queda nada que ofrecer a los demás.

Comienzan a desarrollar actitudes negativas (aumento del consumo de drogas, alcohol, tabaco, juego, etc.) y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y no son capaces de resolver los problemas. El individuo se siente agotado, hastiado del trabajo, se aleja de la familia y de los amigos y a veces se hunde en la depresión, incluso en casos avanzados en el suicidio, le falta el control sobre sí mismo, y actúa de forma imprevisible. Esto suele ocurrir en personas, como ya dijimos anteriormente, con mayor dedicación, entrega y a los más dispuestos a ayudar a los demás.

Edelwich y Brodsky, a su vez, proponen cuatro fases por las que supuestamente pasaría una persona en un proceso de desgaste profesional.

1. **Entusiasmo.** Esta primera fase se caracterizaría por elevadas aspiraciones y energías desbordantes. Un fuego abrasador sin miedo alguno que lo frene.

2. **Estancamiento.** Aparece cuando las expectativas que se han elaborado no se presentan. Al no poderse expandir el fuego del entusiasmo la presión interna se hace sofocante.

3. **Frustración:** Al no encontrar una salida el fuego del entusiasmo empieza a consumirse el propio organismo y es cuando aparecen los problemas, emocionales, físicos y actitudinales.

4. **Apatía:** El fuego estancado produce agotamiento que se manifiesta en un distanciamiento de las actividades laborales pudiendo llegar al abandono del trabajo.

En conclusión el Burnout es un trastorno que daña la calidad de vida del profesional que lo padece y que disminuye la calidad asistencial, con el correspondiente aumento de los costos económicos y sociales: el deterioro de la calidad de atención de los pacientes, renuncias y ausentismos de los profesionales, costo potencial de reclamos por negligencia, pérdida de los objetivos institucionales¹³.

1.3 PREVALENCIA

Se estima que en los EEUU el Síndrome de Burnout afecta entre el 25 y el 60% de los médicos²⁴. Un estudio realizado en médicos que formaban parte del programa de residencia de Medicina Interna de los EEUU encontró que el 76 % reunía los criterios de Burnout²⁵. En España, algunos estudios demuestran que entre el 30 y el 40% de los profesionales de la salud presentan un grado alto de Burnout.²⁶ En los últimos años se realizaron algunos estudios en diferentes provincias, entre los que se destaca la investigación realizada en Salamanca, donde se populariza la expresión "Síndrome de Desgaste Profesional" y que concluye que los médicos del hospital de Salamanca presentan un grado medio de Burnout, con niveles altos de agotamiento emocional, medios de despersonalización y moderadamente altos de realización personal²⁷. Un estudio posterior, realizado en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres encontró que el 65,8% de los entrevistados presentó elevadas puntuaciones en alguno de los tres aspectos²⁸. Otra investigación realizada entre los médicos de atención primaria de la provincia de Asturias encontró un nivel moderado o alto de Burnout en un 66% de los encuestados²⁹, mientras que otra realizada en Zaragoza también en médicos de atención primaria encontró altos niveles de Burnout en sus encuestados, particularmente en el área de "cansancio emocional"³⁰

Enrique J. Garcés de Los Fayos Ruiz³¹ comenta algunos otros resultados: Kyriacou (1980) encontró 25% en profesores; Pines, Aronson y Kafry (1981) 45% en diversas profesiones; Maslach y Jackson (1982) 20-35% en enfermeras; Henderson (1984) 30-40% en médicos; Smith, Birch y Marchant (1984) 12-40% en bibliotecarios; Rosse, Johnson y Crown (1991) 20% en policías y personal sanitario; García Izquierdo (1991) 17% en enfermeras; Jorgesén (1992) 39% en estudiantes de enfermería; Price y Spence (1994) 20% en policías y personal sanitario; Eckard, Meterko y Field (1994) 50% en médicos.

En los últimos años se han realizado en Argentina estudios sobre la incidencia del síndrome de Burnout en profesionales que trabajan en el ámbito de la violencia doméstica.¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰. Un trabajo de investigación realizado en médicos residentes de

la Capital Federal sugiere que estos están trabajando bajo condiciones que favorecen la aparición del Burnout, debido probablemente a la cantidad de horas que dedican a la actividad, la falta de reconocimiento frente a sus logros y la gran verticalidad imperante en los servicios hospitalario²¹ Una investigación realizada con el objetivo una de relevar la incidencia del síndrome de Burnout en personal asistencial que se desempeña en Hospitales Públicos. El Inventario de Burnout demostró una alta prevalencia en las categorías de Cansancio Emocional, Despersonalización y en Manifestaciones de Burnout en diferentes servicios y en particular en el área de cuidados críticos²²⁻²³.

1.4 CAUSAS Y EFECTOS SOBRE LA SALUD

Diferentes autores han tratado de identificar los desencadenantes (estresores laborales), organizándolos en categorías. Peiró³² establece 4 tipos:

- a) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto (ruido, iluminación, vibraciones, temperatura, higiene, toxicidad, disponibilidad de espacio, sobrecarga, turnos rotativos, etc.)
- b) Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera (ambigüedad y conflicto de rol, relaciones con jefes, compañeros y subordinados, falta de cohesión del grupo, desarrollo profesional)
- c) Estresores relacionados con nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (cambio en habilidades requeridas, ritmo de trabajo, grado de participación y autonomía, supervisión, etc)
- d) Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia. Gil-Monte y Peiró (1997) consideran a esta última, más una variable facilitadora que desencadenante³³.

Entre los cambios en la conducta podemos observar: ausentismo o mayor resistencia a ir al trabajo, llegadas tarde, pérdida de la creatividad para resolver los problemas, incremento del uso de alcohol y drogas, aumento de los conflictos

personales con los pacientes, disminución de los logros laborales, tendencia a los accidentes, aislamiento, incomunicación con los colegas, conducta violenta o de alto riesgo, conflictos matrimoniales, consumo elevado de cigarrillos³⁴.

Entre los cambios en los sentimientos se destacan las alteraciones en el humor, aumento de la irritabilidad, tedio, sentimiento de persecución, indiferencia, desesperanza, impotencia, facilidad para el llanto o la tristeza, distanciamiento afectivo, celos³⁵. También se observan síntomas defensivos como la negación de las emociones, la atención selectiva la ironía y el desplazamiento de los afectos³⁶.

Entre los cambios en el pensamiento aparece reiteradamente la idea de dejar el trabajo, además, incapacidad para concentrarse, dificultad para procesar la información y tomar decisiones, olvidos frecuentes, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre el futuro³⁷

Las consecuencias del Burnout pueden ser graves e inciden sobre todas las partes involucradas:

- 1) En el médico, llevando a la desmotivación y frustración
- 2) En las familias, con malos tratos entre sus componentes, separaciones, divorcios, etc.
- 3) En el sistema de salud, con reducción del rendimiento de sus trabajadores, ausentismo, impuntualidad, incremento de los costos, etc
- 4) En los pacientes, llevando a una mala relación médico – paciente, al abandono y una posible iatrogenia³⁸

1.5 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Diversos estudios han vinculado la aparición del Síndrome de Burnout con aspectos epidemiológicos³⁹⁻⁴⁰. Entre estos se destacan:

- **Edad:** Se cree que existe un período de sensibilización, ya que durante los primeros años de su formación el profesional se encuentra más vulnerable. En este período se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la

práctica cotidiana, donde se descubre que las recompensas personales, profesionales y económicas no son las prometidas ni las esperadas⁴¹.

- **Sexo:** Las mujeres parecen ser el grupo más vulnerable. La razón podría ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.
- **Estado Civil:** Aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables
- **Existencia de hijos:** En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.
- **Antigüedad laboral:** El período de mayor riesgo transcurre entre los 2 y los 10 años de recibido. Al principio no aparece porque, como dijimos antes, el Burnout es un síndrome que necesita un tiempo para desarrollarse. Pasados los 10 años, los profesionales que más Burnout padecieron habrán cambiado de trabajo o de tarea, mientras que los que no desarrollan los síntomas serían los que sufrieron menos la problemática o pudieron elaborar estrategias adecuadas de adaptación.
- **Sobrecarga laboral:** Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.
- **el Salario:** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura

1.6 CONTEXTO SITUACIONAL

Se observa una importante asociación entre las condiciones laborales y la aparición del síndrome de Burnout. Uno de los aspectos lo constituye el desequilibrio entre las demandas excesivas y la escasez de recursos para responder a esas demandas. Entre los recursos fundamentales faltantes podemos destacar: la falta de supervisión de la tarea, de soporte social, de desarrollo de habilidades, de capacitación, de autonomía y de capacidad de decisión. Otro aspecto importante es el conflicto con los pacientes, los colegas, los jefes, con las demandas del rol o con valores institucionales que difieren de los propios valores. También es determinante la falta de otros profesionales trabajando en el mismo tema, para compartir tanto las dificultades que vayan apareciendo como las posibles soluciones.

1.7 PREVENCIÓN

La percepción del riesgo del Burnout puede ayudar a prevenirlo. Es importante impedir que el profesional sienta que el Burnout es un problema de debilidad personal porque esto puede conducir a aumentar el malestar y no pedir ayuda.

Un buen recurso son las micro prácticas en los pequeños espacios que presenta el sistema, para lograr la habilidad del profesional de no contaminarse y a la vez no aislarse, intentando pequeños cambios que pueden tener un efecto multiplicador y que ayuden al profesional a desarrollar estrategias creativas para enfrentar diferentes situaciones³⁶.

Para la prevención, Maslach formula el concepto de “**compromiso con el trabajo**”, que define en las mismas dimensiones que el Burnout pero desde el fin positivo en lugar del negativo. El “**compromiso**” consiste en un estado de alta energía (en lugar de estar exhausto), gran involucración racional (en lugar de despersonalización) y sentido de eficacia (en lugar de sentimiento de incompetencia). La ventaja de este modelo es que requiere una clara articulación entre los orígenes del problema y las soluciones propuestas, lo que puede ayudar a encontrar las estrategias de prevención más efectivas. Distingue entre:

- **Prevención centrada en la situación** (Prevención 1º) Un contexto laboral que sostenga el desarrollo positivo de las tres cualidades (potencialidad, involucración y efectividad) debe ser exitoso en promover la salud y la productividad de sus empleados.
- **Prevención centrada en la persona** (Prevención 2º) Estrategias personales que permitan:
 - Modificar la relación con el trabajo: Trabajar menos horas de ser posible, o no hacer horas extras. Tomarse recreos.
 - Desarrollar las capacidades personales: Cambiar las respuestas al estrés a través de conductas proactivas. Organizar estrategias para manejar el tiempo y la resolución de conflictos.
 - Disminuir expectativas para evitar la frustración.
 - Usar recursos sociales. Buscar un buen sistema de apoyo fuera del trabajo: colegas, amigos, familia, supervisores.

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de estimar la Prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos que realizan asistencia clínica de pacientes adultos en la ciudad de Buenos Aires y alrededores.

3. POBLACIÓN

3.1 MARCO MUESTRAL.

Para seleccionar una muestra que incluyera médicos que trabajan en el primer nivel de atención, se solicitó a la Sociedad de Médicos Generalistas, a la Asociación Argentina de Medicina Familiar, a la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), a la Dirección de Bienestar de la Armada (DIBA) y a las autoridades del Congreso Internacional de Medicina Interna del Hospital de Clínicas su listado de distribución. La sociedad de Médicos Generalistas y la Asociación Argentina de Medicina Familiar no contestaron al requerimiento, por lo que se conformó la muestra con los listados de SAMIG, DIBA y del Congreso Internacional de Medicina Interna de Hospital de Clínicas. Se eliminaron todos los nombres repetidos para evitar la redundancia de aquellos médicos que pertenecían a más de una sociedad o que habían concurrido a más de un congreso. Se eliminaron también los datos de médicos y médicas que pertenecían a otras especialidades.

3.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Fueron incluidos en la encuesta:

- a. Médicos/as que declararon ser Generalistas, Clínicos o Médicos de familia.
- b. Que ejercían su práctica en Capital Federal y alrededores.
- c. Que poseían dirección de correo electrónico.

3.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos y médicas que pertenecían a otras especialidades.

3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Fueron eliminados de la encuesta los cuestionarios de médicos que

- a. Contestaron el cuestionario en forma incompleta.
- b. Contestaron el cuestionario fuera de los límites de tiempo estipulados.

El marco muestral quedó constituido por una lista de 2732 médicos/as Clínicos, Generalistas y Médicos de familia.

3.5 CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

Para una prevalencia esperada de Síndrome de Burnout del 50%, con una amplitud total del intervalo de confianza de 0,15 ($\pm 0,075$) y un nivel de confianza del 95%, se requiere un tamaño muestral de 171 participantes ($n=171$) por cada grupo.

3.6 COORDENADAS TEMPOROESPACIALES

La encuesta se realizó durante los meses de diciembre de 2003, enero, febrero y marzo de 2004.

4. INSTRUMENTO

4.1 INSTRUMENTO ORIGINAL

El instrumento más usado para medir la prevalencia de Síndrome de burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), diseñado por Maslach y Jackson (1981-1986) en idioma inglés⁴². Este instrumento consiste en un cuestionario autoadministrado, creado para evaluar los tres aspectos fundamentales del síndrome:

-el agotamiento o cansancio emocional: 9 ítems

-la despersonalización: 5 ítems

-la falta de realización personal. 8 ítems

Los resultados se expresan en una escala de Likert de 7 puntos (de 0 a 6), de forma que 0 supone que lo expuesto no ocurre nunca y 6 que sucede todos los días, mientras que las puntuaciones intermedias especifican frecuencias de aparición entre estos dos extremos. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el síndrome.

El MBI se ha usado ampliamente para evaluar el Burnout en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc⁴³. Es necesario aclarar que se le han objetado problemas en la traducción, lo que puede explicar diferentes valores psicométricos encontrados y disparidad en los estudios.

4.2 VERSIÓN EN ESPAÑOL

El MBI en su idioma original cuenta en su 2ª edición con un anexo para su versión española⁴⁴. Esta versión ha sido utilizada en numerosas investigaciones realizadas en España y es la que se usó en la presente investigación.

4.3 ADAPTACIÓN LINGÜÍSTICO - CULTURAL

Debido a que la versión española no se encontraba redactada con el vocabulario típicamente utilizado en nuestro medio se trabajó con esta en el grupo de Investigación del Programa de Medicina Interna General del Hospital de Clínicas, para realizar la adaptación transcultural del MBI.

Los pasos que se siguieron fueron los siguientes:

- a) Traducción de la versión en inglés al castellano por dos diferentes traductoras.
- b) Discusión grupal de las dos nuevas versiones más la utilizada en España por el Dr. Luis Prieto en su trabajo "Burnout en médicos de atención primaria" ²⁸ y elaboración de una versión al castellano hablado en nuestro país.
- c) Traducción de esta nueva versión al inglés por parte de una tercera traductora
- d) Elaboración de la versión definitiva en el grupo de investigación y con la asistencia de una cuarta traductora. (Ver apéndice I)

5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

5.1 CUESTIONARIOS POR INTERNET

Hasta ahora la mayoría de las investigaciones sobre Síndrome de Burnout publicadas han usado encuestas por correo o entrevistas personales, con un aumento en el número de encuestas telefónicas y encuestas telefónicas usando computadoras. Pocos estudios publicados han usado correo electrónico. Sin embargo, el porcentaje de trabajadores que tienen e-mail y disponen de conexión a Internet está aumentando. Esto ofrece la posibilidad de acceder a nuevos métodos de encuestas de salud. Dado que las publicaciones sobre el uso de encuestas usando correo electrónico en salud⁴⁵⁻⁴⁶ y en otras encuestas⁴⁷ han sido escasas hasta 1998, se necesitan más trabajos de investigación para comparar estos nuevos métodos con métodos tradicionales.

El Dr Ray Jones de la Universidad de Glasgow, Escocia, Reino Unido realizó una investigación en 10 universidades Inglesas sobre una muestra sistemática de 500 empleados a los cuales se les entrevistó sobre 'comportamientos de salud' con 3 métodos diferentes: correo (100 personas), e-mail (200 personas), y e-mail usando un cuestionario que debía ser contestado a través de una página Web (200 personas). Este cuestionario corregía y acumulaba automáticamente los datos. A la encuesta por correo respondió el 72% en comparación con el 34% que respondió a la de e-mail y un 19% que respondió a la última. De 400 mensajes por correo electrónico, 19 no fueron "repartidos". Cuando se entrevistó a diez de las personas que no habían respondido, se encontró que las razones para la no respuesta eran que: dos personas habían dejado su trabajo, dos pensaron que era propaganda, tres dijeron que no lo habían recibido, uno lo había borrado por equivocación, otro no sabía como responder y un último dijo que todavía no había podido contestar. No se encontraron diferencias entre los tres grupos con respecto a las respuestas al cuestionario⁴⁸

Las encuestas usando el Internet son técnicamente fáciles y permiten el rápido análisis de las respuestas. En los primeros años, la novedad del e-mail y la selección natural de los usuarios puede haber contribuido al más alto porcentaje de respuestas. Sin embargo todavía una da las grandes dificultades que presenta esta modalidad de

encuesta es la baja tasa de respuesta obtenida en las investigaciones realizadas hasta el momento, lo que podría generar un sesgo en la población que responde. En la actualidad las razones de la baja tasa de respuesta puede deberse a que se percibe que por e-mail se envía mucha propaganda, falta de familiaridad con el Internet, y listas de correos no puestas al día. A su vez, las encuestas diagramadas para ser contestadas por una página Web cuentan con el beneficio de tener una muy baja tasa de no eliminación por estar mal contestadas las preguntas, dado que las opciones de respuesta están diagramadas desde la misma página, pero presentan la dificultad de exigir al usuario trabajar conectado a la red de Internet. Es bastante habitual que los usuarios de modem telefónico desconecten sus conexiones antes de leer su e-mail y por tanto es más improbable que contesten a formularios de una página Web que a e-mails.

Las encuestas por medio de una página Web son las que requieren el menor trabajo a la hora de ser ingresadas en una base de datos. Sin embargo, actualmente existen programas que automáticamente ingresan las respuestas de encuestas realizadas por e-mail en una hoja de cálculo.

El uso de la tecnología informática en el lugar del trabajo sigue cambiando. Este cambio rápido significa que tenemos que seguir revalorando nuestros objetivos y métodos de encuesta para la promoción de la salud en el lugar de trabajo. Aunque aún es prematuro afirmarlo, parecería que el email y la WWW son potencialmente métodos baratos para la realización de encuestas de salud entre personal que usa habitualmente el Internet.

6. RESULTADOS

Se envió el cuestionario a una población de 2732 profesionales médicos. En 155 casos, el cuestionario no llegó a destino por error de dirección, por lo que la muestra final quedó conformada por 2577 médicos/as. Respondieron a la encuesta un total de 464 médicos (tasa de respuesta del 18%). El 54,7 % fueron mujeres. La edad (mediana) de los participantes fue de 39 años, llevaban ejerciendo la profesión 13 años (mediana) y dedicaban 33 hs a la actividad asistencial (mediana). El 73,4% de los participantes refirió tener pareja conviviente, el 9,7% no conviviente y el 16,8% no tiene pareja. El 65,2% tiene hijos. Las características de la población se describen en la tabla 1

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

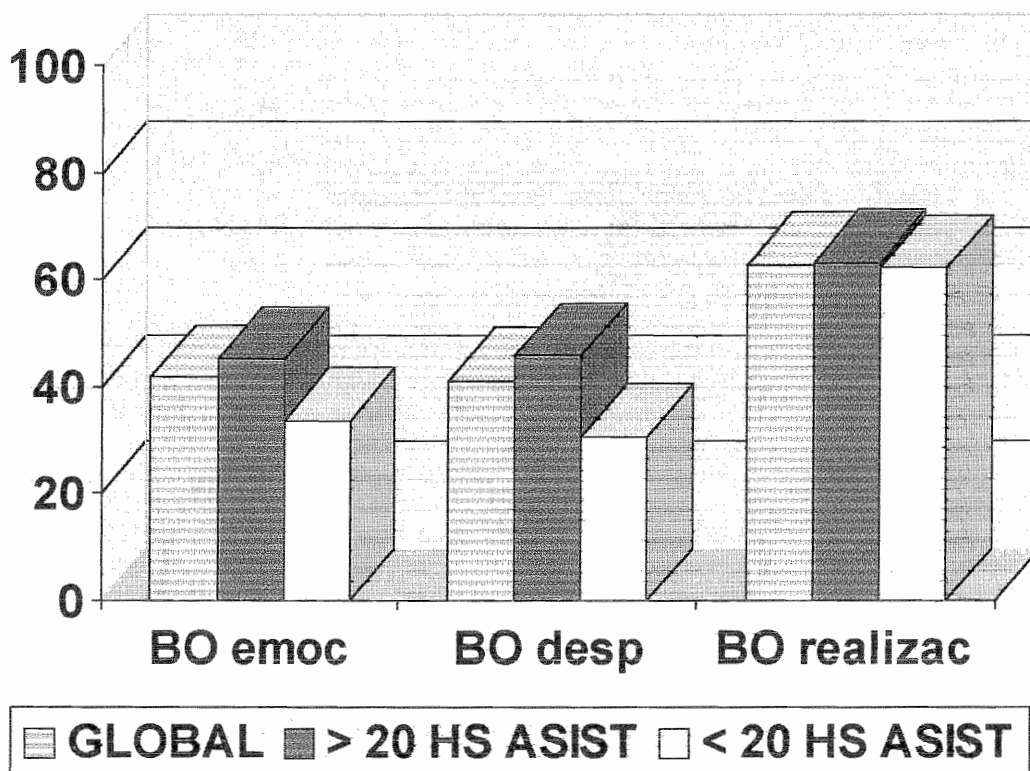
	MUESTRA TOTAL	SUBGRUPO CON >20 HS ASISTENCIALES
n	464	330
Edad, años (mediana y rango)	39 (24-79)	38 (24-78)
Sexo Mujeres (%)	221 (47,7%)	151 (45,8%)
Situación de pareja		
Conviviente (%)	340 (73,4%)	244 (73,9%)
No conviviente (%)	45 (9,7%)	32 (9,7%)
Sin pareja	78 (16,8%)	54 (16,4%)
Tiene hijos: sí	302 (65,2%)	213 (64,5%)
Años de egresado: mediana (rango)	13 años (0-54)	13 años (0-54)
Horas semanales de trabajo en institución pública: mediana (rango). % que trabaja menos de 20 horas semanales en institución pública.	16 horas (0-88) 50%	20 horas (0-88) 46%
Horas semanales de trabajo en institución privada: mediana (rango). % que trabaja menos de 20 horas semanales en institución privada.	16 horas (0-92) 54 %	20 horas (0-92) 50%

Horas semanales de trabajo en consultorio propio: mediana, (rango). % que trabaja menos de 20 horas semanales en consultorio propio	5 horas (0-55) 78%	6 (0-55) 73%
Horas semanales de actividad asistencial: mediana (rango). % que dedica menos de 20 horas semanales a la actividad asistencial.	33 horas (0-95) 28%	40 (20-95) NA
Horas semanales de actividad docente: mediana (rango). % que dedica menos de 20 horas semanales a la actividad docente	1 hora (0-50) 95%	2 horas (90-50) 94%
Horas semanales de actividad gerencial: mediana (rango). % que dedica menos de 20 horas semanales a la actividad gerencial	0 (0-80) 85%	0 (0-80) ✓ 87%
Horas semanales de investigación: mediana (rango) 0-30. % que dedica menos de 20 horas semanales a la investigación	0 (0-30) 97%	0 (0-30) 98%
Actividad remunerada: sí	399 (86,2%)	295 (89,4%)
Dificultades en el cobro: sí	196 (42,3%)	147 (44,5%)

PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT

La prevalencia de Burnout en la población estudiada fue del 41,8% para el dominio de "Desgaste Emocional" (DE), del 41,2% para el dominio de "Despersonalización" (DP) y del 62,9% para el de "Realización Personal" (RP). En el subgrupo con más de 20 hs semanales de actividad asistencial la prevalencia fue de 45,2 % para DE, 45,8 % para DP y 63,3 % para RP. Por otra parte la prevalencia en el

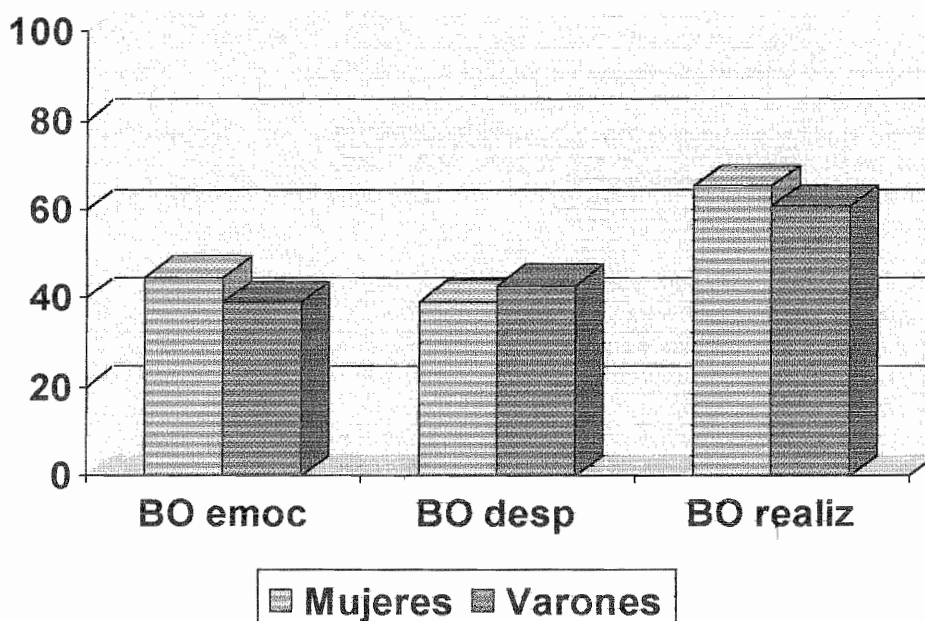
subgrupo con menos de 20 hs de actividad asistencial fue del 33,8% para DE, 30,8% para DP y del 62,3% para RP. Al comparar los distintos grupos entre si se observa que los sujetos con mayor actividad asistencial presentan prevalencia levemente mayor de BO en las tres categorías, esta diferencia fue estadísticamente significativa para DE ($p=0,027$) y para DP ($p=0,003$); pero no significativa para RP ($p=0,837$).



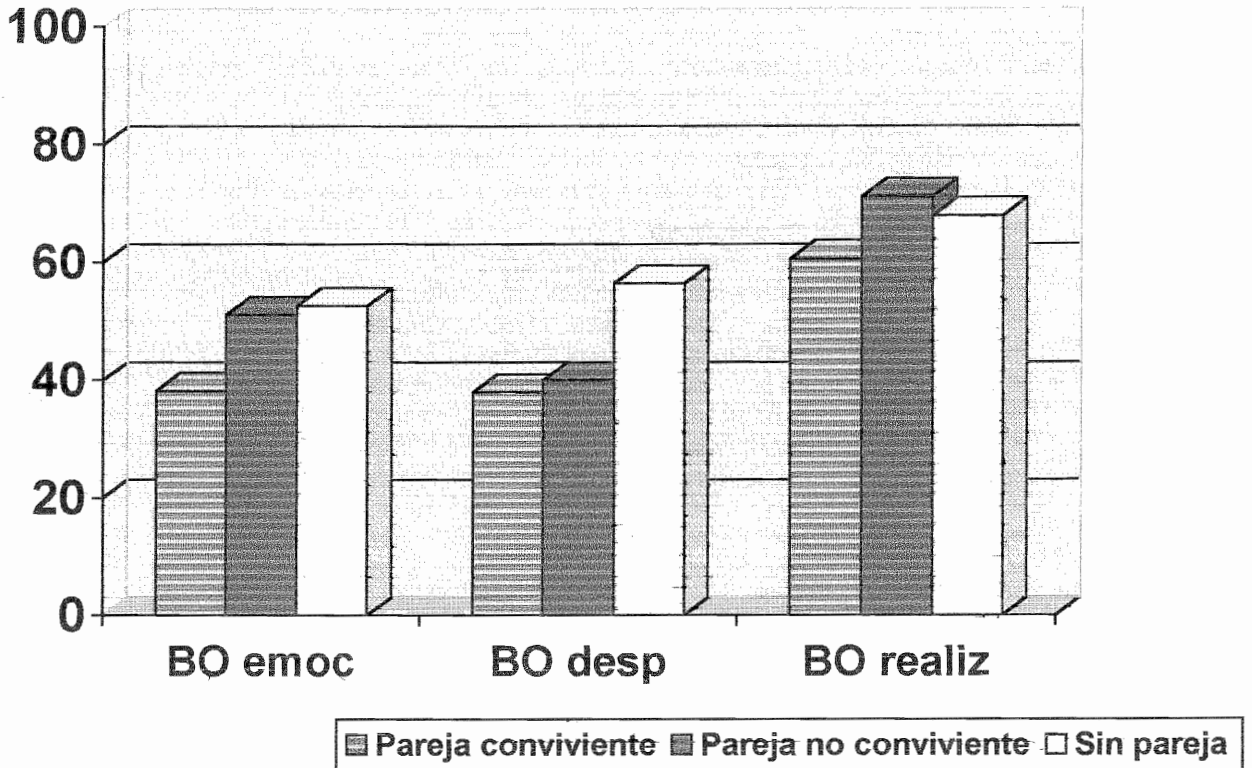
PREVALENCIA DE BURNOUT EN LOS DIFERENTES SUBGRUPOS:

Se determinó la prevalencia de Burnout entre los siguientes subgrupos de la muestra: según sexo, situación de pareja, número de hijos, tiempo de graduados (menos de cinco años se considerarán médicos en formación), remuneración de sus tareas profesionales y dificultades en el cobro de sus honorarios.

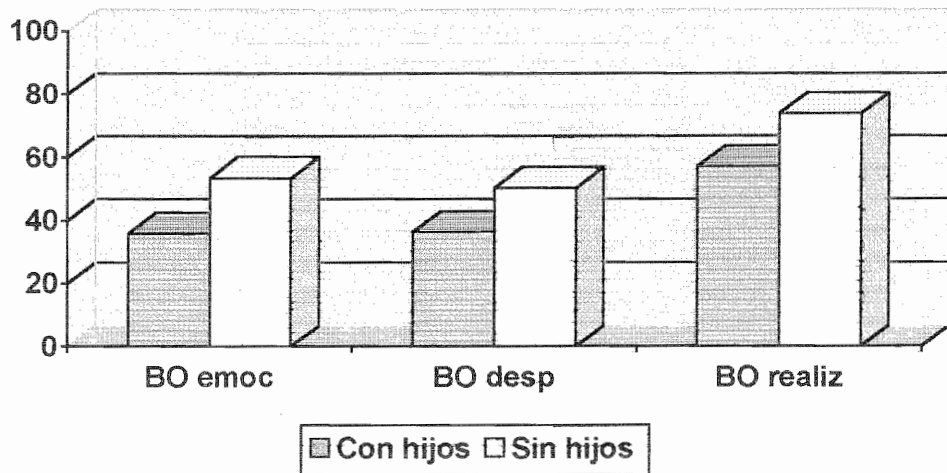
En relación al sexo de los participantes, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de BO entre varones y mujeres: la prevalencia de DE entre los varones es del 39,3%, mientras que entre las mujeres es del 44,8% ($p=0,228$), la prevalencia de DP entre los varones es del 43%, mientras que entre las mujeres es del 39,4% ($p=0,431$) y la de RP entre los varones es del 60,7%, mientras que entre las mujeres es del 65,2% ($p=0,326$).



Según la situación de pareja, la prevalencia de BO en los dominios de DE y DP fue significativamente menor en los sujetos que tienen pareja conviviente; no así la prevalencia de BO en el dominio de RP. En el dominio de DE, la prevalencia de BO en los que tienen pareja conviviente es del 38,2%, en los que tienen pareja no conviviente es del 51,1% y en los que no tienen pareja es del 52,6% ($p = 0,029$). En el dominio de DP el 37,9% de los que tienen pareja conviviente presenta BO, el 40% los que tienen pareja no conviviente y el 56,4% de los que no tienen pareja ($p = 0,011$). La prevalencia de BO en el dominio de RP entre los que tienen pareja conviviente es del 60,6%, entre los que tienen pareja no conviviente es del 71,1% y entre los que no tienen pareja es del 67,9% ($p = 0,023$).

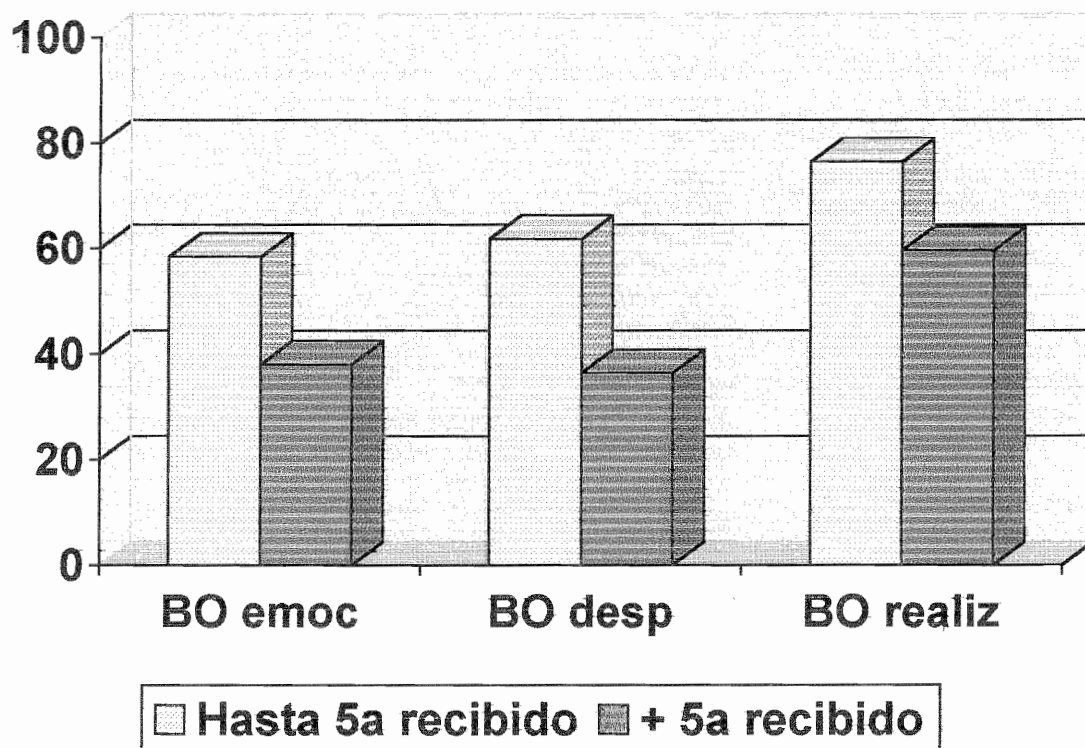


La prevalencia de Burnout fue significativamente mayor en los sujetos que no tienen hijos en los tres dominios; en el de DE fue del 35,8% vs 53,4% entre los que tienen hijos y los que no ($p=0,000$); en el de DP fue del 36,4%, vs 50,3% en los que tienen hijos y los que no ($p=0,004$) y en el de RP la prevalencia de BO fue del 57%, vs 73,9% en los que tienen hijos y los que no ($p=0,000$).



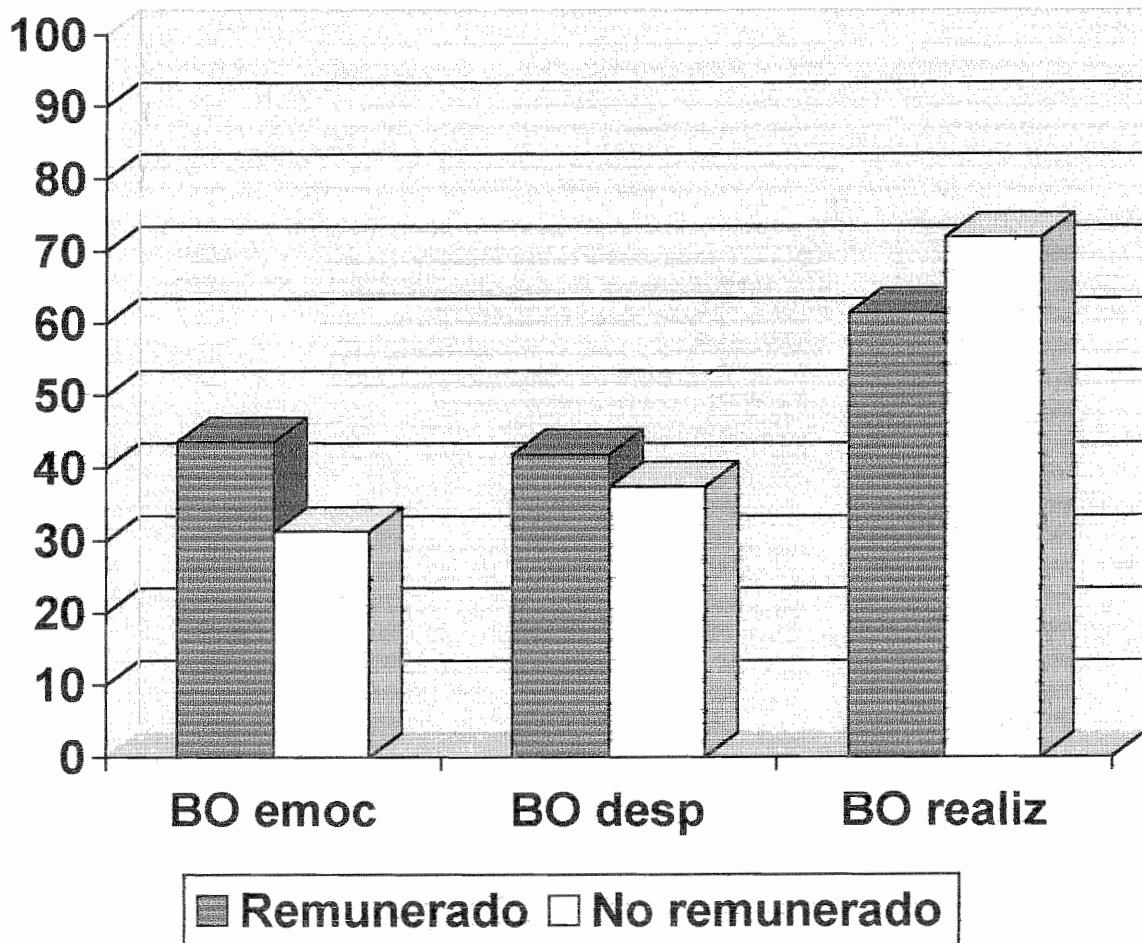
Los médicos que están en período de entrenamiento de postgrado (residencia y concurrencia), presentan significativamente mayor prevalencia de BO en los tres dominios.

La prevalencia del dominio DE entre los médicos en formación fue del 58,4% vs 38% para los que ya han completado su formación ($p=0,000$), para el dominio de DP entre los médicos en formación fue del 61,8%, vs 36,4% para los que ya han completado su formación ($p=0,000$) y para el dominio de RP entre los médicos en formación fue del 76,4%, vs 59,6% para los que ya han completado su formación ($p=0,003$).



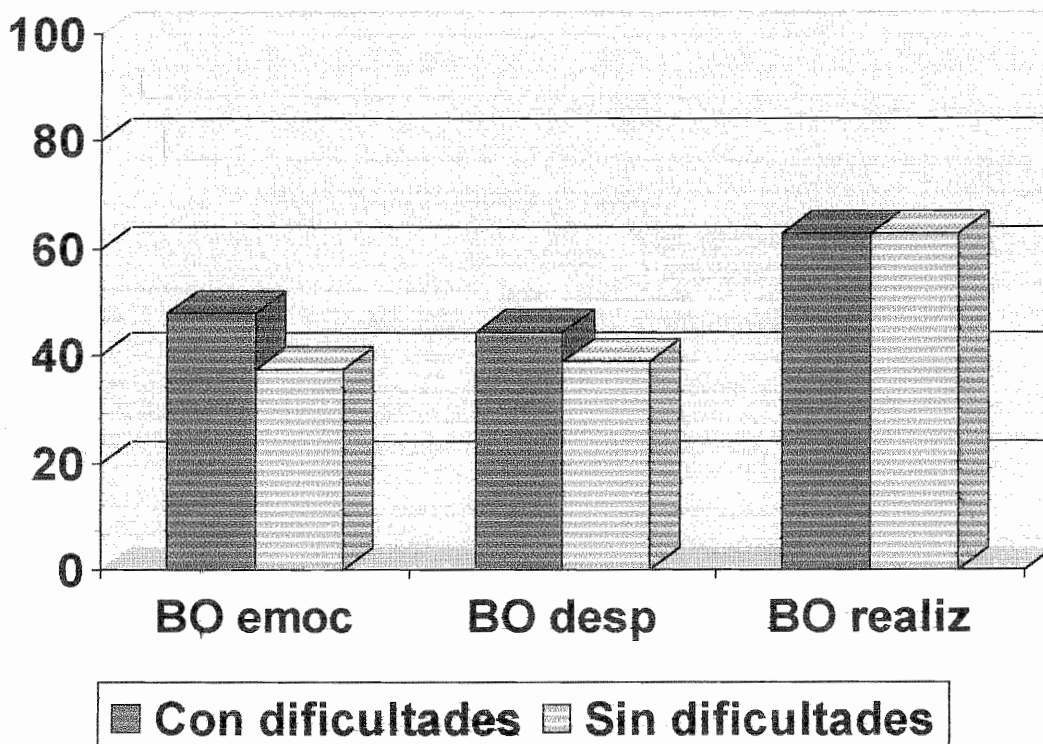
En relación a la remuneración de su actividad profesional, la prevalencia de DE entre los médicos con actividad remunerada es del 43,6%, vs 31,3% para los que no reciben remuneración ($p=0,063$), la prevalencia de DP entre los médicos con actividad remunerada es del 41,9% vs 37,5% para los que no ($p=0,511$) y la de RP entre los

médicos con actividad remunerada es del 61,4%, vs 71,9% para los que no ($p=0,108$). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa entre los médicos que reciben remuneración y los que no, en ninguno de los dominios de BO.



A su vez, los médicos con dificultades para cobrar presentan significativamente mayor prevalencia de BO en el dominio de DE que los que no tienen dificultades; pero no hay diferencia en la prevalencia de los otros dos dominios de BO. La prevalencia de DE entre los médicos con dificultades en el cobro es del 48% vs 37,5% para los que no ($p=0,024$), la prevalencia de DP entre los médicos con dificultades en el cobro es del

44,4% vs 39% para los que no ($p=0,240$) y la de RP entre los médicos con dificultades en el cobro es del 62,8% vs 62,9% para los que no ($p=0,971$).



Comparando las diferencias de prevalencia de BO según la cantidad de horas que los médicos/as dedican a la actividad asistencial, se encontró que la prevalencia de BO en los tres dominios aumenta de manera significativa según aumentan las horas que los médicos se dedican a esta actividad.

La prevalencia de BO en el dominio de DE según la cantidad de horas que dedican a la actividad asistencial fue de: ($p = 0,000$)

- 33,8 % entre los de poca actividad asistencial (0-19 hs semanales)
- 30,3% entre los de moderada actividad asistencial (20-39 hs semanales)
- 51,7% entre los de alta actividad asistencial (40-59 hs semanales)
- 71,2% entre los de muy alta actividad asistencial (más de 60 hs semanales)

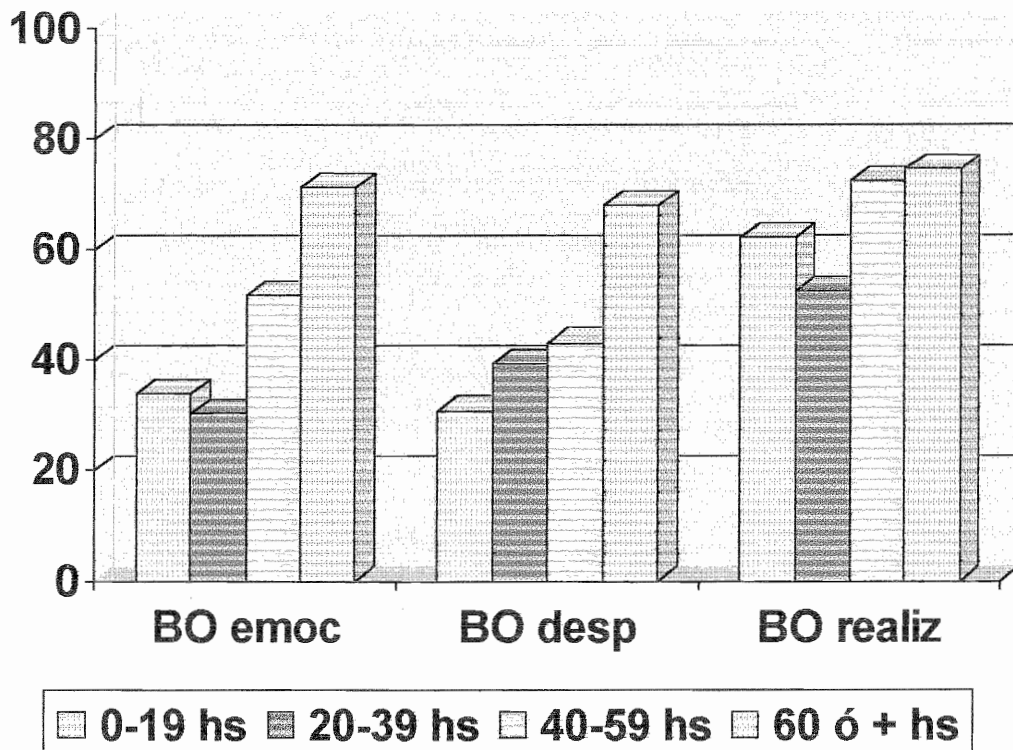
La prevalencia de BO en el dominio de DP según la cantidad de horas que dedican a la actividad asistencial fue de: ($p = 0,000$)

- 30,8 % entre los de poca actividad asistencial (0-19 hs semanales)

- 39,4% entre los de moderada actividad asistencial (20-39 hs semanales)
- 43,1% entre los de alta actividad asistencial (40-59 hs semanales)
- 67,8% entre los de muy alta actividad asistencial (más de 60 hs semanales)

La prevalencia de BO en el dominio de RP según la cantidad de horas que dedican a la actividad asistencial fue de: ($p = 0,001$)

- 62,3 % entre los de poca actividad asistencial (0-19 hs semanales)
- 52,3% entre los de moderada actividad asistencial (20-39 hs semanales)
- 72,4% entre los de alta actividad asistencial (40-59 hs semanales)
- 74,6% entre los de muy alta actividad asistencial (más de 60 hs semanales)



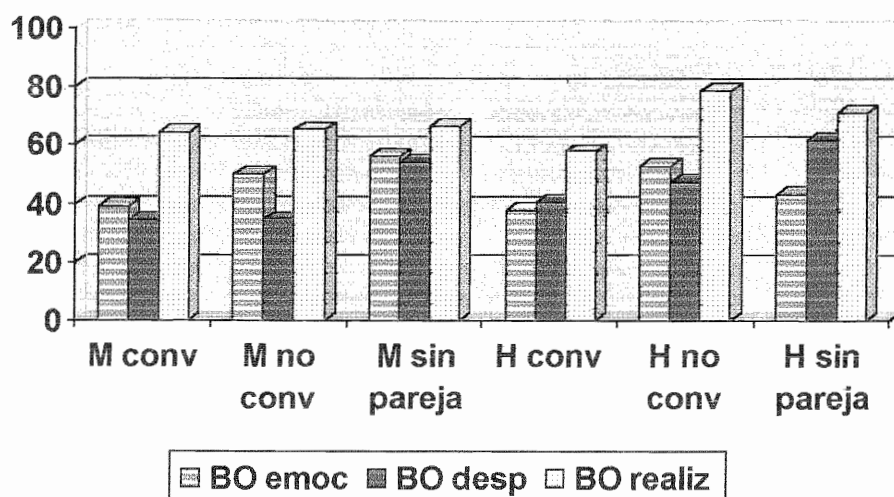
Al analizar los resultados obtenidos en las variables "situación de pareja" y "presencia de hijos" diferenciando varones de mujeres se encontró en los **varones** mayor prevalencia de BO en los tres dominios en los que no tienen pareja conviviente, pero las diferencias no fueron significativas.

La prevalencia de BO en el dominio de DE fue en los que no tenían pareja fue de 42,9%, en los que tenían pareja no conviviente de 52,6% y en los que tenía pareja conviviente de 37,6% ($p = 0,414$). En el dominio de DP la prevalencia en los que no tenían pareja fue de 61,9%, en los que tenían pareja no conviviente de 47,4% y en los que tenía pareja conviviente de 40,6% ($p = 0,158$)

En el dominio de RP a prevalencia en los que no tenían pareja fue de 71,4%, en los que tenían pareja no conviviente de 78,9% y en los que tenía pareja conviviente de 57,9% ($p = 0,115$).

En el subgrupo de las **mujeres**, también se encontró mayor prevalencia de BO en las que no tienen pareja conviviente; en los dominios de DE y DP esta diferencia fue significativa, pero no en la de RP.

La prevalencia de BO en el dominio de DE fue en las que no tenían pareja fue de 56,1%, en las que tenían pareja no conviviente de 50% y en los que tenía pareja conviviente de 39,1% ($p = 0,08$). En el dominio de DP la prevalencia en los que no tenían pareja fue de 54,4%, en los que tenían pareja no conviviente de 34,6% y en los que tenía pareja conviviente de 34,1% ($p = 0,026$). En el dominio de RP la prevalencia en los que no tenían pareja fue de 66,7%, en los que tenían pareja no conviviente de 65,4% y en los que tenía pareja conviviente de 64,5% ($p = 0,959$).

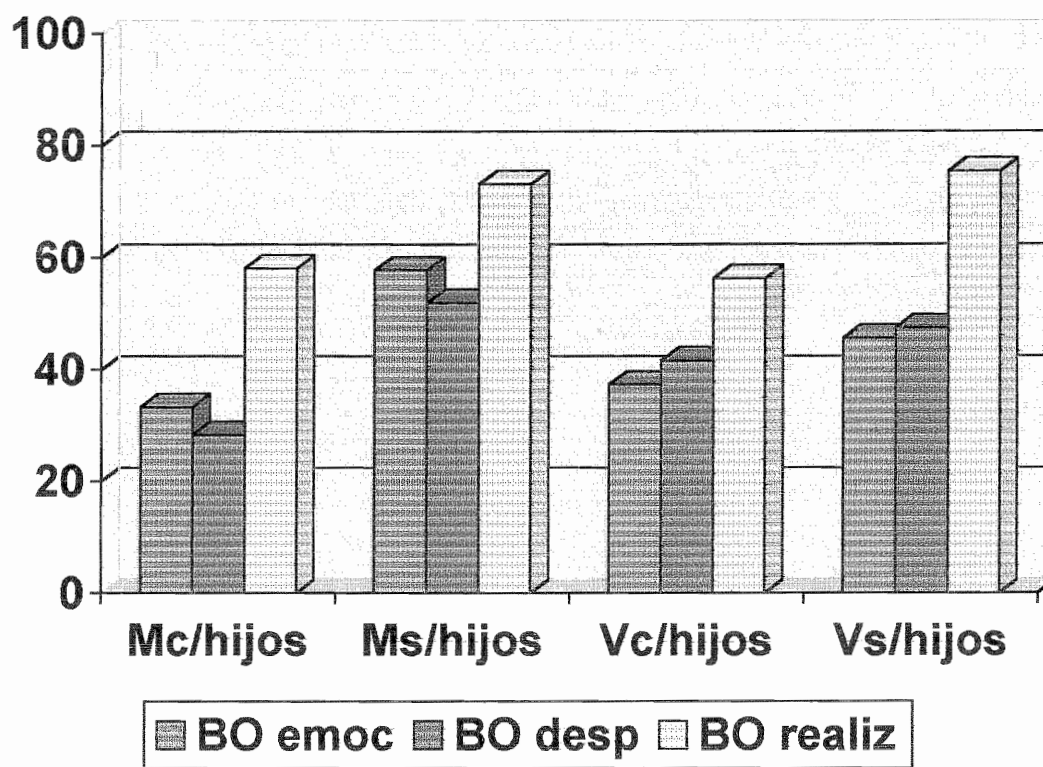


En cuanto a la presencia de hijos, se encontró mayor prevalencia de BO en los **varones** que no tienen hijos, pero la diferencia fue significativa sólo en el dominio de RP.

La prevalencia de BO en el dominio de DE fue de 45,6% para los que no tenían hijos y de 37,3% para los que sí los tenían ($p = 0,261$), en el de DP de 47,4% y 41,6% respectivamente ($p = 0,443$) y en el RP de 75,4% y 56,2% ($p = 0,009$), resultando esta diferencia estadísticamente significativa.

En las **mujeres**, también se encontró mayor prevalencia de BO en los tres dominios en las que no tienen hijos, pero en las tres categorías la diferencia fue significativa.

La prevalencia de BO en el dominio de DE fue de 57,7% para las que no tenían hijos y de 33,3% para las que sí los tenían ($p = 0,000$), en el de DP de 51,9% y 28,2% respectivamente ($p = 0,000$) y en el RP de 73,1% y 58,1% ($p = 0,020$), resultando la diferencia en todos los dominios estadísticamente significativa.



6.1. VALIDACION

Para evaluar la validez del cuestionario se midió la consistencia interna de cada dominio por medio del coeficiente alfa de Cronbach, en los tres dominios la consistencia interna fue alta. Para el dominio Agotamiento Emocional fue $\alpha = 0.9060$, para Despersonalización $\alpha = 0.7053$ y para Realización Personal $\alpha = 0.8585$.

7. DISCUSIÓN

En la población estudiada en el 40 % de los médicos las respuestas fueron compatibles con la presencia de Burnout en las esferas de “Desgaste emocional” y “Despersonalización”, además, el 60% de los participantes sufría alteraciones en la esfera “Realización personal”. En los médicos sujetos a mayor carga laboral se observó una prevalencia significativamente mayor en las dos primeras esferas comparado con quienes trabajaban menos de 20 hs. semanales en actividades asistenciales. Además se observó un incremento constante de la prevalencia de BO a medida que aumentaban las horas dedicadas a la actividad asistencial. Esta prevalencia es similar a la observada en estudios anteriores realizados en Europa y los EEUU (76 % de los médicos residentes en EEUU demuestran que entre el 30 y el 40% de los profesionales de la salud en algunos estudios en España) y también en nuestro país²¹.

La sobrecarga laboral juega un rol preponderante en la génesis del Síndrome de Burnout. Los médicos que practican atención ambulatoria se hallan sometidos a las presiones del tiempo ya que deben resolver los problemas que plantea un paciente en alrededor de 18 minutos, de otra manera su práctica se volvería ineficiente en términos de productividad y se expondrían a sufrir sanciones por parte de los organismos financiadores o ver reducidos sus ingresos con la angustia que esto genera. Además, los médicos de atención primaria se encuentran ante la enorme responsabilidad de tener que atender múltiples facetas de los pacientes ya que no solo deben enfrentar los padecimientos físicos sino que deben incorporar en la consulta los aspectos psicosociales del paciente incluidos aquí aspectos de la vida laboral, familiar y social. A esta desmesurada carga asistencial hay que agregarle las presiones del medio para estar permanentemente actualizado en los últimos avances de la medicina, el esfuerzo que implica contestar numerosos llamados telefónicos –sin recibir alguna remuneración por ello- y el trabajo adicional generado por la necesidad de completar múltiples formularios para satisfacer exigencias administrativas.

Debido a estas condiciones laborales es comprensible que la mayoría de los médicos padezca Burnout en la esfera de realización personal. Es difícil que un médico con alta carga laboral pueda dedicar tiempo a actividades, médicas o no, que satisfagan

sus intereses y por lo tanto le permitan sentirse realizado respecto de lo que espera de la vida.

La cantidad de mujeres que trabajan más de 20 hs semanales es igual a la de varones y no se hallaron diferencias en la prevalencia de Burnout entre los sexos. Este hallazgo es similar a los encontrados por otros investigadores⁴⁹ La falta de diferencias entre varones y mujeres sugiere que no hay diferencias de género en la susceptibilidad a presentar Burnout. Diferentes estudios muestran que las condiciones laborales no suelen ser equitativas para mujeres y varones, estando las mujeres en una posición más desvalorizada tanto en relación con el acceso a puestos más jeraquizados como para la igual retribución monetaria de sus esfuerzos. Otro punto importante en relación con el trabajo y las diferencias de género lo constituye la llamada "doble jornada laboral": el ejercicio de las tareas profesionales sumado al ejercicio de las tareas domésticas al volver al hogar. Sin embargo, y tomando en cuenta los resultados del estudio, esta doble inserción podría resultar de alguna manera protectora para la salud mental de las mujeres pues de fallar la satisfacción personal en el ámbito laboral, contarían con la realización personal en el ámbito doméstico. Esto todavía constituye una diferencia con respecto a las actividades masculinas. El estar en situación de pareja estable se asoció con menor prevalencia de BO en los tres dominios. Sin embargo, los varones en situación de pareja presentaron menos prevalencia de BO que las mujeres aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. El tener hijos se asoció con menor prevalencia de Burnout. A pesar de la carga que significan los hijos, tanto a nivel económico como en relación a los cuidados que necesitan, constituyen una enorme fuente de satisfacción y de realización personal, lo que actúa como protector de Burnout. Sin duda una vida familiar rica puede actuar como amortiguador emocional sobre un trabajador estresado.

El sistema de residencias médicas constituye el método entrenamiento inicial de postgrado más valorado por los médicos. Quienes logran acceder a este programa de capacitación saben que la experiencia será ardua y exigente, y esperan alcanzar los máximos beneficios para su formación profesional en esta primera etapa. La observación empírica e investigaciones previas realizadas en nuestro medio sugieren que los residentes de primer año de medicina interna transcurren muchas horas diarias en el hospital, en numerosas ocasiones bajo situaciones de maltrato, lo cual es una importante

fuerza de BO⁵⁰⁻⁵¹. En esta investigación los médicos en formación presentaron BO con mayor frecuencia que los médicos con más de 5 años de recibidos, hallazgo que es referido en investigaciones realizadas en otros países⁵²⁻⁵³⁻⁵⁴⁻⁵⁵⁻⁵⁶.

Existen numerosas publicaciones que muestran los perjuicios que se originan en las malas condiciones laborales de los médicos.⁵⁷⁻⁵⁸ Un estudio⁵⁹ acerca de la fatiga en los médicos y la seguridad de los pacientes, hace referencia a cómo la cantidad de horas continuas que trabaja el personal de salud, especialmente los residentes, supera la cantidad de horas de trabajo continuo que se aceptan para otras actividades como el transporte o la industria nuclear. Debido a que la privación del sueño y la fatiga empeoran el rendimiento profesional y pueden inducir graves errores médicos se han creado comisiones para investigar y supervisar las condiciones laborales de los residentes. En Nueva York, esta comisión ha recomendado disminuir la cantidad de horas diarias que trabaja un residente y aumentar la supervisión de sus actividades. Otras entidades, como el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), han establecido estándares para los sistemas de residencias por medio de 27 comités revisores. El incumplimiento de los mismos se multa en algunos casos con sanciones económicas y en otros con la pérdida de acreditación de los servicios que se hallen en falta.⁶⁰⁻⁶¹ Sería conveniente implementar medidas que tiendan a proteger a los residentes del riesgo del BO y en consecuencia disminuyan el riesgo de sufrir errores médicos a que están expuestos los pacientes.

No se observó diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de BO entre los médicos que reciben alguna retribución económica por sus tareas y entre quienes no. Una explicación posible sería que quienes ejercen sin recibir paga alguna lo hacen por vocación y además sufren menos presiones por parte de los financiadores. Si bien es inconcebible que una persona realice un trabajo sin recibir retribución por ello, en el medio médico de nuestro país es una práctica habitual y quienes aceptan trabajar en estas condiciones formarían parte de un segmento menos susceptible de presentar BO; esta hipótesis encuentra como dificultad que más del 30% de los profesionales que se desempeñan en estas condiciones presentan síntomas de BO. Otra explicación podría ser que la retribución que por su trabajo reciben los médicos que practican atención ambulatoria de adultos es tan baja que la prevalencia de BO se iguala con quienes no

reciben paga alguna. Sería conveniente realizar estudios adicionales en estos grupos para intentar dilucidar las respuestas a este interrogante.

Además, los médicos que refieren dificultades para el cobro de sus honorarios, algo sumamente frecuente en nuestro país, presentan síntomas de BO, principalmente en la esfera de Desgaste Emocional, con una frecuencia significativamente mayor que aquellos que no refieren encontrar dificultades para cobrar. Este hecho podría encontrar explicación en la angustia y el malestar que genera en cualquier trabajador no saber a ciencia cierta cuando percibirá el dinero que le corresponde por el trabajo realizado y si percibirá la suma pactada o sufrirá arbitrarios recortes.

Para valorar la validez del instrumento utilizado se valoró la consistencia interna del mismo. En los tres dominios esta fue superior a 0.70 por lo cual las preguntas de cada uno de estos dominios corresponderían al dominio en cuestión. Como la encuesta se aplicó en una oportunidad no se pudo evaluar la estabilidad en el tiempo.

Esta investigación tiene como principal limitación la composición de la muestra. Debido a que opiniones de expertos habían alertado acerca de la baja tasa de respuesta a los cuestionarios en nuestro país se seleccionó una muestra muy grande. Sin embargo la tasa de respuesta (18%) fue menor a la esperada por lo cual es posible que la muestra no sea representativa de todos los médicos que realizan atención ambulatoria de adultos debido a la presencia de un sesgo de selección. Sin embargo, el haber contado con una muestra que supere el tamaño muestral recomendado, en parte, disminuye el riesgo de sesgos demasiado importantes.

8. CONCLUSIÓN

La presente investigación muestra que los médicos que se realizan atención clínica de adultos presentan una prevalencia de BO preocupante. Este trastorno no solo pone en riesgo la salud física y psíquica de los profesionales, sino que afecta negativamente a sus familias y tiene un efecto perjudicial sobre la calidad de la atención que estos le brindan a sus pacientes.

El área del cuidado de la salud de los pacientes ambulatorios es de primordial importancia en cualquier sistema organizado de salud. Para que este funcione adecuadamente es necesario que los prestadores estén en óptimas condiciones de salud mental y física para así garantizar el mejor nivel de cuidado a la población.

Considero que es necesario implementar estrategias destinadas a proteger a los médicos del riesgo de sufrir este síndrome, par esto es importante impedir que el profesional sienta que el Burnout es un problema de debilidad personal porque esto puede conducir a aumentar el malestar y no pedir ayuda.

La percepción del riesgo del Burnout puede ayudar a prevenirlo. Es útil, junto con los cambios que pueda implementar el sistema (condiciones laborales, horarios demasiado extensos, pocas satisfacciones laborales, lugares de trabajo oscuros, poco amigables) la elaboración de estrategias personales como por ejemplo algunas modificaciones en la relación con el trabajo: trabajar menos horas de ser posible, o no hacer horas extras, tomarse recreos, modificaciones en el desarrollo de capacidades personales como organizar estrategias para manejar el tiempo y la resolución de conflictos. también disminuir las expectativas para evitar la frustración y fundamentalmente buscar un buen sistema de apoyo fuera del trabajo: colegas, amigos, familia, supervisores.

Otra propuesta para la prevención del Burnout en profesionales de la salud es la realización, simultáneamente con las tareas asistenciales, de otro tipo de prácticas que resulten menos estresoras, como por ejemplo actividades en el área de la investigación o de la docencia.

por consecuencia de la fatiga, que también fue 0 3)

Apéndice I | Versión definitiva elaborada por el Equipo de Investigación del PMIG bajo la supervisión de la Prof. Ana Rosa Migliore

Encuesta Maslach agotamiento psico - físico laboral

1. Me siento emocionalmente agotado debido a mi trabajo.
2. Después de un día de trabajo siento que no me quedan más energías.
3. Siento fatiga al levantarme y tener que enfrentar otro día en mi trabajo
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes
5. Siento que a algunas personas las trato de manera impersonal
6. Trabajar con gente todo el día me genera mucha presión.
7. Puedo lidiar perfectamente bien con los problemas de mis pacientes
8. Me siento agobiado/ *Estoy quemado* por mi trabajo
9. Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas.
10. Este trabajo me ha vuelto más insensible.
11. Me preocupa que mi trabajo me este endureciendo emocionalmente.
12. Me siento lleno/a de energía.
13. Me siento frustrado/a por mi trabajo.
14. Siento que estoy trabajando demasiado.
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a algunos de mis pacientes
16. Trabajar en contacto directo con gente me genera mucho stress.
17. Me es fácil crear una atmósfera relajada con la gente con quien trabajo.
18. Me siento contento después de trabajar en contacto con mis pacientes
19. He logrado muchas cosas importantes en este trabajo
20. Me siento al borde de la desesperación
21. En mi trabajo puedo manejar los problemas emocionales con calma.
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas

10. BIBLIOGRAFÍA

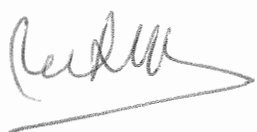
1. Deprati M. Síndrome de Burnout. Evidencia en Atención Primaria. 2001;4: 162-4.
2. Mingote Adán J C Actualización del síndrome Burnout o Síndrome de desgaste profesional. Formación Médica en Atención primaria 1998;5:493-503.
3. Freunderberger H J Staff burnout. J Soc Issues 1974; 30:156-75
4. Maslach C Burned-out. Hum Behav 1976; 5: 16-22.
5. Pines AM Aronson E Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1988
6. Brill PL The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health 1984; 6: 12-24
7. Appels A, Schouten E. Burnout as a risk factor for coronary heart disease. Behav Med 1991;17:53-9
8. González Corrales R Síndrome del *burn-out*: Una oportunidad para aprender y reflexionar. SEMERGEN 2003;29(1):2-3
9. Montalbán F, Bonilla J. Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones 1996; 12: 81-88.
10. Golembiewski RT, Nunzenrider R. Phases of burnout: development in concepts and occupations. Nueva York: Praeger, 1988.
11. Maslach C, Leiter WP. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. J Organiz Behav 1988;9:297-308.
12. Chernis C, Staff burnout: job stress in the human services. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
13. Edelwich J, Brodsky A, Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. Nueva York: Human Sciences Press, 1980
14. Howard RW Cómo hacer frente y adaptarse a la vida diaria. Bilbao: Deusto, 1988; 208-212
15. Pines A, Aeronson E, Kafry I. Burnout. Nueva York: Free Press, 1981.

16. Chacón M, Grau J, Martín M, Lence J, Abascal ME, Cáceres C, Graupera M. Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncólogos. Ponencia al XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Memorias del Congreso, editora de la Universidad de Chile: 1993.
17. Hernández L, Grau J, Chacón M, Jiménez P. Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología. Tesis, Ciudad de La Habana. Facultad de Salud Pública, 1995.
18. Corsi J "El Síndrome de Burnout en profesionales trabajando en el equipo de violencia doméstica" Documentación de apoyo. Fundación Mujeres.
19. Giberti E. Atención a niños y niñas víctimas: El efecto Burnout en los profesionales. en Lamberti S "Maltrato profesional". Editorial Universidad.
20. Giberti E Alerta y cuidado de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención de las víctimas. En "pensamiento penal y criminológico" Año II N°3 Revista de Derecho Penal Integrado, Córdoba, 2001
21. Majdalani MP, Mejía R, Fayanás R, Fernández A, Perez Stable EJ. Residentes de primer año de Medicina Interna: distribución horaria de las tareas. Revista Fundación Facultad de Medicina 2003;13:15-9
22. Goldvarg NP de, Goldvarg M. El Burnout: características y factores predisponentes. Revista Claves 2000;15:125-30
23. Perel de Godvarg N. El estrés y el síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Revista Claves 2000; 17: 51-57
24. Lemkau J, Rafferty J, Gordon R Jr Burnout and career – choice regret among family practice physicians in early practice. Fam Pract Res J. 1994;14:213-22
25. Shanafelt T, Bradley K, Witf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an Internal Medicine Residency Program. 2002;136(5): 358-367
26. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de Burnout. Madrid: Laboratorios Servier, 1994.
27. Daniel Vega E. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca, 1994

28. Prieto Albino L Robles Agüero, E Salazar Martínez LM , Daniel Vega E. "Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres" *Atención Primaria* 2001;28:444-5.
29. Olivar Castrillón C González Morán S Martínez Suárez MM Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria* 1999;24:352-9
30. De Pablo R, Suberviola JF. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:580-4. [\[Medline\]](#)
31. Garcés de Los Fayos Ruiz E J Tesis sobre el Burnout. Aba organizaciones. Colombia. Psicología de las organizaciones. Biblioteca virtual. [http:// www.hfainstein.com.ar](http://www.hfainstein.com.ar)
32. Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis, 1997.
33. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999;15:261-8.
34. Appels A, Schouten E. Burnout as a risk factor for coronary heart disease. *Behav Med* 1991;17:53-9
35. Freudenberger HJ, Richelson G. Burnout: the high cost of high achievement. Garden City: Anchor Press, 1980.
36. Psisa. El burnout o desgaste profesional: estudio empírico de los profesionales de educación primaria en Salamanca. Salamanca: Ed. Privada, 1992.
37. Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioner: predictors of Psychological ill-health and job dissatisfaction. *Soc Sci Med* 1993;37:575-81.
38. Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001;27:313-7. [\[Medline\]](#)
39. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Neuropsiq* 1991;11:257-65.
40. Prieto L. Burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2001;28:444-5.

41. Álvarez E, Fernández L. El síndrome de burnout o el desgaste (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Neuropsiq* 1991;11:257-65.
42. Maslach C, Jackson S Maslach burnout inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1986.
43. Mira J, Vitaller J, Buil J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 1135-1140. [\[Medline\]](#)
44. Maslach C, Jackson SE. *The Maslach Burnout Inventory* (2.a ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1986. (Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA, 1987.)
45. Taulois-Braga W, Marcenes W. Electronic-mail: a new tool for data collection in dental public health. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; **23**:379-80
46. Sell, R.L. Research and the Internet: an e-mail survey of sexual orientation [letter]. *American Journal of Public Health* 1997;**87**:297.
47. Selwyn N, Robson K. Using electronic mail as a research tool in education and the social sciences. Cardiff University. Working Paper 29. 1998
48. Jones R Encuestas de salud en el lugar de trabajo por medio de email y world wide web
Universidad de Glasgow. Escocia, Reino Unido Email: r.b.jones@udcf.gla.ac.uk
49. Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria* 2001;7:459-68
50. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG. *Level and causes of stress among residents*. *J Med Educ*. 1987; 62: 744-53.
51. Mejía R, Alemán M, Diego A, Petracci M, Irigoyen S, Casal E. Maltrato durante la residencia, percepción de los residentes. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61:117-19.
52. Clever, L. Who is sicker: Patients or Residents? Residents' Distress and the Care of Patients. *Ann Intern Med*, 2002; 136: 391-93.
53. Cohen J. *Heeding the Plea to Deal with Resident Stress*. *Ann Intern Med* 2002; 136: 394-95.

54. Collier V, Mc Cue J, Markus A, Smith L. *Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform?* Ann Intern Med 2002; 136(5): 384-90.
55. Yao D, Scott MW. *The Challenge of Problem Residents.* J Gen Intern Med 2001; 16:486-92.
56. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an Internal Medicine Residency Program. Ann Intern Med 2002; 136(5): 358-67.
57. Petition to the Occupational Owen J. Sleep loss and fatigue in medical training. Curr Opin Pulm Med 2001;7:411-18.
58. Gaba D, Howard S. *Fatigue among clinicians and the safety of patients.* N Engl J Med 2002; 347: 1249-55.
59. Chicago: Accreditation Council for Graduate medical Education, 2002. Common duty hours standards for programs. <http://www.acgme.org/>.
60. Safety and Health Administration requesting that limits be placed on hours worked by medical residents (HRG publication nº 1570). Washington, D.C.: Public Citizen, April 2001. <http://www.citizen.org/hrg/PUBLICATIONS/1570/htm>.
61. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European federation of Internal Medicine. *Medical professionalism in the new millennium: A physician charter.* Ann Intern med 2002;136:243-46


María Alemán



Raúl Mejía

TABLA DE FACTURACIÓN

Nro. de Factura, Ticket ó Recibo	Fecha	Descripción	Monto
000000000097 María Alemán	07-01-04	Beca Carrillo - Oñativia	\$ 1000
00000000012320 Htal de Clínicas J de SM	05-02-04	Aporte institucional Beca Carrillo Oñativia.	\$ 2000
0001-0000002 María Alemán	16-02-04	Beca Carrillo - Oñativia	\$ 1000
0001-0000003 María Alemán	10-03-04	Beca Carrillo - Oñativia	\$ 1000
0000-00000135 Mireya Aznar G.	01-04-04	Análisis Estadístico	\$ 500
0001-0000977 Librería "2 A"	02-04-04	Librería y computación	\$ 294,80
0000-00000137 Mireya Aznar G.	15-05-04	Análisis Estadístico	\$ 500
00000660 Htal de Clínicas J de SM	27-05-04	Biblioteca	\$ 1,60
00000172 Work S.A Design	31-05-04	Fotocopias	\$ 13,30
0001-2970 Librería "2 A"	02-06-04	Librería y computación	\$ 246,10
0001-0000008 María Alemán	09-06-04	Beca Carrillo - Oñativia	\$ 3000
00013907 Librería "2 A"	10-06-04	Fotocopias y anillado	\$ 6